

DECRETO 27 ottobre 2000, n. 380

Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati

(Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 295 del 19 dicembre 2000)

IL MINISTRO DELLA SANITA'

VISTO l'articolo 58 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

VISTO il decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 1991, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 13 del 17 gennaio 1992, con il quale è stata istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale;

VISTO in particolare l'articolo 5 del citato decreto con il quale si prevede che con successivi decreti ministeriali saranno specificati analiticamente i contenuti delle variabili inserite nella scheda di dimissione ospedaliera ed i relativi sistemi di codifica che tutti gli istituti di ricovero dovranno adottare;

VISTO il decreto del Ministro della sanità del 26 luglio 1993, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 180 del 3 agosto 1993, relativo alla disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, con il quale sono stati definiti i tempi e le modalità della trasmissione delle informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera alle regioni ed alle province autonome e, da queste, al Ministero della sanità;

VISTO l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

VISTA la legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riguardo all'articolo 22, commi 3 e 3bis;

VISTO il decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135, con particolare riferimento all'articolo 17;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318, concernente "Regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, a norma dell'articolo 15, comma 2, della legge 31 dicembre 1996, n. 675";

RITENUTO di dover adeguare, sulla base delle esperienze effettuate e della evoluzione dei sistemi di classificazione e codifica delle informazioni, il contenuto informativo della scheda di dimissione ospedaliera, nonché i principi e le regole di compilazione e di codifica delle stesse informazioni;

SENTITA la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nella seduta del 17 dicembre 1998;

VISTO il parere del Garante per la protezione dei dati personali prot. 6705 del 4 ottobre 1999;

RITENUTO di modificare ed integrare lo schema di provvedimento, così come richiesto nel citato parere del Garante per la protezione dei dati personali;

SENTITA nuovamente la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nella seduta del 20 luglio 2000;

UDITO il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 18 settembre 2000;

CONSIDERATO che, in relazione al rilievo formulato dal Consiglio di Stato in ordine all'informazione dovuta agli interessati, è opportuno richiamare espressamente la prevista adozione di specifici provvedimenti ai sensi dell'articolo 23, comma 1-bis, della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, e dell'articolo 17, comma 3, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135, nonché ribadire in ogni caso il disposto dell'articolo 10 della citata legge 31 dicembre 1996, n. 675;

CONSIDERATO che il rilievo del Consiglio di Stato in ordine all'acquisizione del parere dell'Autorità per l'informatica nella Pubblica Amministrazione appare superabile alla luce del parere della predetta Autorità del 21 luglio 2000;

VISTA la comunicazione inviata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 17 ottobre 2000;

Adotta il seguente regolamento

Art. 1

1. La scheda di dimissione ospedaliera si compone delle seguenti sezioni:

a) la sezione prima, che contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

1. denominazione dell'ospedale di ricovero;
2. numero della scheda;
3. cognome e nome del paziente;
4. sesso;
5. data di nascita;
6. comune di nascita;
7. stato civile;
8. comune di residenza;
9. cittadinanza;
10. codice sanitario individuale;
11. regione di residenza;
12. azienda unità sanitaria locale di residenza;

b) la sezione seconda, che contiene almeno le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera a):

1. denominazione dell'ospedale di ricovero;
 2. numero della scheda;
 13. regime di ricovero;
 14. data di ricovero;
 15. unità operativa di ammissione;
 16. onere della degenza;
 17. provenienza del paziente;
 18. tipo di ricovero;
 19. traumatismi o intossicazioni;
 20. trasferimenti interni;
 21. unità operativa di dimissione;
 22. data di dimissione o morte;
 23. modalità di dimissione;
 24. riscontro autoptico;
 25. motivo del ricovero in regime diurno;
 26. numero di giornate di presenza in ricovero diurno;
 27. peso alla nascita;
 28. diagnosi principale di dimissione;
 29. diagnosi secondarie;
 30. intervento chirurgico principale o parto;
 31. altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche.
2. Le regioni e le province autonome possono prevedere ulteriori informazioni da rilevare attraverso la scheda di dimissione ospedaliera, fermo restando il contenuto informativo minimo di cui al comma 1.

Art. 2

1. In attesa dell'emanazione del regolamento di cui all'articolo 23, comma 1-bis, della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, e dell'adozione dei codici di deontologia di cui all'articolo 17, comma 3, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135, il titolare del trattamento garantisce all'interessato l'informativa prevista dall'articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni ed integrazioni, sul trattamento delle informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera.
2. Fermo restando che, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991, la scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono

effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato, costituente parte del presente decreto.

3. La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato.
4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate.
5. Ai sensi degli articoli 1, comma 2, 8 e 19 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni e integrazioni, si intende:
 - a) per "titolare" del trattamento: il legale rappresentante dell'istituto di cura,
 - b) per "responsabile" del trattamento: il direttore sanitario o il dirigente medico dell'istituto di cura,
 - c) per "incaricati" del trattamento: tutti gli operatori che compiono operazioni di trattamento secondo le istruzioni impartite dal titolare o dal responsabile del trattamento.

Art. 3

1. Gli istituti di ricovero, pubblici e privati, inviano con periodicità almeno trimestrale alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, secondo le modalità definite da queste ultime, le informazioni contenute nelle schede di dimissione relative ai dimessi, ivi compresi i neonati sani. Sono esclusi dall'obbligo di compilazione della scheda di dimissione, fatte salve diverse disposizioni regionali, gli istituti di ricovero a prevalente carattere socio-assistenziale – quali le residenze sanitarie assistenziali, le comunità protette, le strutture manicomiali residuali - e gli istituti di ricovero di cui all'art. 26 della legge 28 dicembre 1978, n. 833.
2. Le regioni e le province autonome provvedono a verificare, anche attraverso indagini campionarie effettuate sulle cartelle cliniche, la completezza, la congruenza e l'accuratezza delle informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione.
3. Le regioni e le province autonome inviano semestralmente al Ministero della sanità, Dipartimento della programmazione, su archivi magnetici e con le modalità stabilite nell'ambito del sistema informativo sanitario, le sottoelencate informazioni, riportate con la stessa numerazione utilizzata nel comma 1 dell'articolo 1, che costituiscono debito informativo nei confronti del livello centrale, attenendosi alle indicazioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico:
 1. denominazione dell'ospedale di ricovero;
 2. numero della scheda ;
 4. sesso;

5. data di nascita;
 6. comune di nascita;
 7. stato civile;
 8. comune di residenza;
 9. cittadinanza;
 10. codice sanitario individuale;
 11. regione di residenza;
 12. azienda unità sanitaria locale di residenza;
 13. regime di ricovero;
 14. data di ricovero;
 16. onere della degenza;
 17. provenienza del paziente;
 18. tipo di ricovero;
 19. traumatismi o intossicazioni;
 21. unità operativa di dimissione;
 22. data di dimissione o morte;
 23. modalità di dimissione;
 24. riscontro autoptico;
 25. motivo del ricovero in regime diurno;
 26. numero di giornate di presenza in ricovero diurno;
 27. peso alla nascita;
 28. diagnosi principale di dimissione;
 29. diagnosi secondarie;
 30. intervento chirurgico principale o parto;
 31. altri interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche.
4. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministero della sanità:
- a) entro il 31 dicembre di ogni anno, le informazioni relative ai dimessi nel primo semestre dell'anno in corso;
 - b) entro il 30 giugno di ogni anno, le informazioni relative ai dimessi nel secondo semestre dell'anno precedente ed eventuali correzioni ed integrazioni riguardanti il primo semestre.
5. Il Ministero della sanità, le regioni e le province autonome, le aziende sanitarie e gli istituti di ricovero pubblici e privati possono diffondere e pubblicizzare le informazioni rilevate attraverso le schede di dimissione ospedaliera, esclusivamente in forma anonima, predisponendo opportune elaborazioni ed aggregazioni in modo da garantire il rispetto della disciplina relativa al trattamento dei dati personali.

6. Le due sezioni della scheda di dimissione ospedaliera di cui all'art. 1, comma 1, del presente decreto sono gestite in archivi disgiunti. Il Ministero della sanità, le regioni e le province autonome individuano i servizi che possono procedere alla ricongiunzione delle due sezioni suddette, esclusivamente per il tempo e nei modi appropriati alle esigenze del Servizio sanitario nazionale. Ciascun trattamento dei dati è attuato nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 luglio 1999, n. 318, concernente "Regolamento recante norme per l'individuazione delle misure minime di sicurezza per il trattamento dei dati personali, a norma dell'articolo 15, comma 2, della legge 31 dicembre 1996, n. 675".

Art. 4

1. Le disposizioni contenute nel presente decreto, ivi comprese le istruzioni contenute nell'allegato disciplinare tecnico, entrano in vigore a decorrere dal 1 gennaio 2001.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

IL MINISTRO

DISCIPLINARE TECNICO

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM - VERSIONE ITALIANA

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) deve essere compilata per tutti i pazienti dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati, fatte salve le esclusioni previste dal presente decreto. Per **istituto di cura** si intende l'insieme di tutte le unità operative, individuato da un medesimo codice ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 22 del 28 gennaio 1997, e successive modificazioni e integrazioni, relativo ai modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

La SDO costituisce una rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti, che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura; essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura. La cartella clinica ospedaliera ha, quindi, inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura, segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

L'eventuale trasferimento interno del paziente da una unità operativa all'altra dello stesso istituto di cura non deve comportare la sua dimissione e successiva riammissione. Il **numero identificativo**, caratteristico di ciascuna cartella clinica e della relativa SDO, deve, pertanto, essere il medesimo per tutta la durata del ricovero, indipendentemente dai trasferimenti interni allo stesso istituto di cura. Fanno eccezione i casi di passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, o viceversa, e, fatte salve eventuali diverse disposizioni regionali, il passaggio da ricovero acuto a riabilitazione o lungodegenza, o viceversa. In questi ultimi casi si dovrà procedere alla compilazione di una nuova cartella clinica e di una nuova SDO.

In caso di **ricovero diurno**, la cartella clinica, e la corrispondente SDO, devono raccogliere la storia e la documentazione del paziente relative all'intero ciclo di trattamento; ogni singolo accesso giornaliero del paziente è conteggiato come giornata di degenza e la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo contatto con l'istituto di cura; la cartella clinica, e la corrispondente SDO, relative ai ricoveri diurni, devono essere chiuse convenzionalmente alla data del 31 dicembre di ciascun anno, salvo dar luogo a una nuova cartella, e a una nuova SDO, per i cicli di trattamento in ricovero diurno che dovessero proseguire l'anno successivo.

Nel caso di trasferimento del paziente dal regime di ricovero diurno ad altro regime di ricovero, o viceversa, il paziente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova cartella clinica e una nuova SDO.

1. LA DEFINIZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Di seguito vengono riportati, per ciascuna informazione prevista dal presente decreto, la definizione ed il relativo sistema di codifica riconosciuti come standard nazionale.

(1) Denominazione dell'ospedale di ricovero

La denominazione dell'ospedale è costituita dalla denominazione ufficiale dell'istituto di cura.

Per **istituto di cura** si intende l'insieme di tutte le tutte le unità operative individuato da un medesimo codice.

Il codice da utilizzare è quello che individua l'istituto di cura nei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali ed in particolare nei modelli HSP: detto codice è composto di otto caratteri, dei quali i primi tre identificano la regione o la provincia autonoma (ai sensi del decreto del Ministro della sanità 23 dicembre 1996), i successivi tre sono costituiti da un progressivo numerico attribuito in ambito regionale e i rimanenti due costituiscono un ulteriore progressivo che individua le singole strutture del complesso ospedaliero, secondo quanto previsto dal modello HSP11bis.

(2) Numero della scheda

Il numero della scheda corrisponde al numero identificativo della cartella clinica.

Il codice da utilizzare è articolato in 8 caratteri di cui:

- i primi due identificano l'anno di ricovero;
- gli altri sei costituiscono una numerazione progressiva all'interno dell'anno.

La numerazione progressiva è unica, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno), in modo tale che ciascun numero identifichi in maniera univoca un singolo ricovero.

(3) Cognome e nome del paziente

(4) Sesso

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. maschio;
2. femmina.

(5) Data di nascita

La data di nascita va riportata, riempiendo tutti gli otto caratteri previsti, nella forma seguente:

- i primi due caratteri indicano il giorno;
- i successivi due il mese;
- gli ultimi quattro l'anno.

(6) Comune di nascita

Il codice da utilizzare è il codice definito dall'ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.

Nel caso in cui il paziente sia nato all'estero va indicato il codice 999, al posto del codice della provincia, seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno per l'anagrafe della popolazione.

(7) Stato civile

Va riportato lo stato civile del paziente al momento del ricovero.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. celibe/nubile;
2. coniugato/a;
3. separato/a;
4. divorziato/a;
5. vedovo/a;
6. non dichiarato.

(8) Comune di residenza

Il comune di residenza individua il comune italiano, oppure eventualmente lo Stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente.

Va utilizzato lo stesso sistema di codifica definito per la variabile (6): "Comune di nascita"; in particolare:

- il codice dei comuni italiani ISTAT a sei caratteri, nel caso di pazienti residenti in Italia;
- il codice 999 seguito dal codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, nel caso di pazienti residenti all'estero.

Per i neonati deve essere indicato il comune di residenza della madre, fatto salvo quanto previsto dalla legge 15 maggio 1997, n. 127.

(9) Cittadinanza

Il codice, a 3 caratteri, da utilizzare per la cittadinanza è il seguente:

- 100, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza italiana;
- il codice (a tre caratteri) dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno, nel caso in cui il paziente abbia la cittadinanza estera.

(10) Codice sanitario individuale

Il codice sanitario individuale identifica i singoli cittadini iscritti al Servizio sanitario nazionale ed è costituito dal codice fiscale (legge 412/91), composto da 16 caratteri. Per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno deve essere riportato il codice regionale a sigla STP (Straniero temporaneamente presente) a 16 caratteri (ai sensi D.P.R. 31.8.1999 n. 394 e della circolare del Ministero della Sanità 24.4.2000, n.5).

Questa variabile non si compila per il neonato.

(11) Regione di residenza

La regione di residenza identifica la regione cui appartiene il comune in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con decreto del Ministero della sanità del 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Nel caso in cui il paziente sia residente all'estero, va indicato il codice dello Stato estero definito dal Ministero dell'interno.

(12) Azienda unità sanitaria locale di residenza

Deve essere indicata l'Azienda unità sanitaria locale che comprende il comune, o la frazione di comune, in cui risiede il paziente.

Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.

Questa variabile non si compila per i residenti all'estero.

(13) Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue tra il "ricovero ordinario" ed il "ricovero diurno"; il "ricovero diurno" si caratterizza per la presenza di *tutte le seguenti condizioni*:

- si tratta di ricovero, o ciclo di ricoveri, programmato;
- è limitato ad una sola parte della giornata e non ricopre, quindi, l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o plurispecialistiche, che per la loro intrinseca complessità o invasività o per il correlato rischio per il paziente non possono essere eseguite in ambiente ambulatoriale.

Il codice, ad un carattere, da impiegare è il seguente:

1. ricovero ordinario;
2. ricovero diurno (day hospital).

Quando si utilizza il codice 2, è necessario riportare anche le informazioni relative alle variabili (25) e (26).

(14) Data di ricovero

Il codice da utilizzare è articolato in otto caratteri, che devono essere tutti compilati:

- i primi due indicano il giorno;
- i successivi due il mese;
- gli ultimi quattro l'anno.

In caso di ricovero diurno (codice 2 per la variabile (13): "regime di ricovero"), va indicata la data del primo giorno del ciclo di contatti con la struttura.

Per i nati nella struttura, la data di ricovero coincide con la data di nascita.

(15) Unità operativa di ammissione

L'unità operativa di ammissione individua l'unità operativa presso la quale il paziente è fisicamente ricoverato, anche nel caso in cui l'assistenza medica sia prevalentemente a carico di altra unità operativa.

Il codice da utilizzare corrisponde ai primi quattro caratteri utilizzati per identificare l'unità operativa nei modelli di rilevazione delle attività economiche delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere ed in particolare nel modello HSP.12:

- i primi due caratteri identificano la specialità clinica o disciplina ospedaliera;
- gli altri due caratteri indicano il progressivo con cui viene distinta l'unità operativa nell'ambito della stessa disciplina.

(16) Onere della degenza

Con l'onere della degenza si intende specificare il soggetto (o i soggetti) sul quale ricade l'onere di rimborsare le spese relative al ricovero.

I codici, ad un carattere, da utilizzare sono i seguenti:

1. ricovero a totale carico del SSN;
2. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera);
3. ricovero con successivo rimborso (totale o parziale) a carico del SSN;
4. ricovero senza oneri per il SSN;
5. ricovero, a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione);
6. ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (libera professione e differenza alberghiera);
7. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri provenienti da Paesi convenzionati con SSN;
8. ricovero a carico del SSN di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
- A. ricovero a carico del Ministero dell'interno di pazienti stranieri con dichiarazione di indigenza;
9. altro.

(17) Provenienza del paziente

La provenienza del paziente individua l'istituzione da cui proviene il paziente o il medico che ha proposto il ricovero.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico;
2. paziente inviato all'istituto di cura con proposta del medico di base;
3. ricovero precedentemente programmato dallo stesso istituto di cura;
4. paziente trasferito da un istituto di cura pubblico;
5. paziente trasferito da un istituto di cura privato accreditato;
6. paziente trasferito da istituto di cura privato non accreditato;
7. paziente trasferito da altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) o da altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) nello stesso istituto;
9. altro.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

(18) Tipo di ricovero

Il tipo di ricovero, da indicare per tutti i ricoveri in regime ordinario (codice 1 alla variabile (13): "regime di ricovero"), individua i ricoveri programmati, distinguendoli dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. ricovero programmato, non urgente;
2. ricovero urgente;
3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4. ricovero programmato con preospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi.

(19) Traumatismi o intossicazioni

Questa informazione deve essere fornita solo nel caso in cui il ricovero sia causato da un trauma, da un incidente o da una intossicazione.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. infortunio sul lavoro;
2. infortunio in ambiente domestico;
3. incidente stradale;
4. violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta);
5. autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto);
9. altro tipo di incidente o di intossicazione.

(20) Trasferimenti interni

I trasferimenti interni, da riportare soltanto nei casi di ricovero in regime ordinario (codice 1 alla variabile (13) "regime di ricovero"), descrivono il percorso che il paziente ha seguito durante il ricovero.

Per ciascun trasferimento effettuato durante il ricovero vanno indicati:

- nei primi otto caratteri, la data in cui ha avuto luogo il trasferimento, secondo l'ordine: ggmmaaaa;
- nei successivi quattro caratteri, il codice del reparto presso il quale è stato trasferito il paziente, secondo la classificazione già descritta per la variabile (15).

(21) Unità operativa di dimissione

L'unità operativa indica l'ultima unità operativa presso il quale è stato ricoverato, e dal quale viene dimesso, il paziente: va sempre specificato, anche nel caso in cui coincida con l'unità operativa di ammissione ovvero con quella relativa all'ultimo trasferimento interno, riportato per la variabile (20).

La codifica, a quattro caratteri, da utilizzare è quella descritta per la variabile (15).

(22) Data di dimissione o morte

La data di dimissione, o di morte, del paziente va sempre riportata, riempiendo tutti i campi previsti, nella forma: ggmmaaaa.

Nel caso di ricovero in regime diurno, la data di dimissione corrisponde alla data dell'ultimo accesso presso la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale. Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

(23) Modalità di dimissione

La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dimesso dall'ospedale e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture.

La codifica, ad un carattere, da utilizzare è la seguente:

1. nel caso in cui il paziente sia deceduto;
2. dimissione ordinaria al domicilio del paziente;
3. dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA);
4. dimissione al domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare;

5. dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);
6. trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti;
7. trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto;
8. trasferimento ad un istituto pubblico o privato di riabilitazione;
9. dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata.

(24) Riscontro autoptico

Nel caso in cui il paziente sia deceduto, il riscontro autoptico individua i casi nei quali sia stata effettuata l'autopsia.

Il codice, ad un carattere, deve essere utilizzato solo se la modalità di dimissione è "deceduto" (codice 1 alla variabile (23), "modalità di dimissione"), secondo la seguente codifica:

1. se è stata eseguita l'autopsia;
2. se non è stata eseguita l'autopsia.

(25) Motivo del ricovero in regime diurno

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (13) "regime di ricovero").

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

1. ricovero diurno diagnostico (ivi compreso il follow up);
2. ricovero diurno chirurgico (day surgery);
3. ricovero diurno terapeutico;
4. ricovero diurno riabilitativo.

(26) Numero di giornate di presenza in ricovero diurno

Questa informazione va riportata soltanto per i ricoveri effettuati in regime diurno (codice 2 alla variabile (13) "regime di ricovero") e indica il numero complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero nell'arco di uno stesso ciclo assistenziale.

Per i cicli di ricovero diurno che si protraggono oltre il 31 dicembre la data di dimissione corrisponde convenzionalmente al 31 dicembre di ciascun anno.

(27) Peso alla nascita

Questa informazione identifica il peso rilevato al momento della nascita e va riportata soltanto nella scheda di dimissione del neonato relativa al ricovero in cui è avvenuta la nascita dello stesso. Va rilevato il peso in grammi. Il campo è numerico con 4 caratteri.

Le informazioni di carattere clinico, di seguito elencate - diagnosi principale di dimissione, diagnosi secondarie, intervento chirurgico principale o parto, altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche - devono essere codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM) e successivi aggiornamenti. Per il corretto utilizzo di tale Classificazione e per la corretta selezione e codifica delle informazioni cliniche devono essere rigorosamente rispettate le istruzioni riportate di seguito.

(28) Diagnosi principale di dimissione

La definizione della diagnosi principale di dimissione è riportata al punto 4.1 del presente allegato tecnico. La diagnosi principale di dimissione deve essere obbligatoriamente compilata per tutte le

schede di dimissione ospedaliera e correttamente codificata utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella già citata Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

(29) Diagnosi secondarie

La definizione delle diagnosi secondarie è riportata al punto 5 del presente allegato tecnico. Fatte salve diverse determinazioni da parte delle regioni e delle province autonome, possono essere riportate al massimo cinque diagnosi secondarie, che devono essere correttamente codificate utilizzando i codici a cinque caratteri riportati nella già citata Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

(30) Intervento chirurgico principale o parto

La definizione di intervento chirurgico principale è riportata al punto 6 del presente allegato tecnico. La relativa codifica è costituita da 12 caratteri ripartiti come di seguito indicato:

- nei primi otto caratteri deve essere riportata la data nella quale è stato eseguito l'intervento chirurgico, secondo la sequenza ggmmaaaa (giorno, mese, anno);
- nei successivi quattro caratteri deve essere riportato il codice dell'intervento chirurgico secondo la già citata Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

(31) Altri interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche

I criteri per la selezione degli altri interventi chirurgici e delle principali procedure diagnostiche e terapeutiche sono riportati al punto 6 del presente allegato tecnico. Fatte salve diverse determinazioni da parte delle regioni e delle province autonome, possono essere riportati al massimo cinque interventi chirurgici o procedure diagnostiche e terapeutiche ulteriori rispetto all'intervento chirurgico principale, utilizzando i codici a quattro caratteri della già citata Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica.

2. REGOLE GENERALI PER LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI CLINICHE RILEVATE ATTRAVERSO LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Codificare una diagnosi rappresenta una operazione difficile quando la terminologia medica utilizzata è diversa da quella contenuta nella classificazione adoperata. La **comprensione dei termini medici** e la **conoscenza del sistema di codifica** consentono di codificare qualsiasi formulazione diagnostica. Nel caso in cui non si riesca a reperire la formulazione diagnostica nel manuale della classificazione, non bisogna concludere che nessun codice esista per quella determinata diagnosi; si tratta di trovare i percorsi appropriati per identificarlo, a partire dalla individuazione della diagnosi principale.

La codifica delle informazioni cliniche riportate nella SDO deve essere effettuata da personale sanitario (medico o infermieristico) adeguatamente formato e deve, comunque, rispettare fedelmente sia l'ordine sia il contenuto delle formulazioni riportate dal compilatore nella stessa scheda di dimissione, fatta salva la possibilità di effettuare una revisione concordata con il medico compilatore della SDO.

Una formulazione diagnostica è abitualmente composta da due parti: un *termine principale* ed uno o più *modificatori*. I termini principali e i modificatori forniscono al codificatore informazioni specifiche sulle diagnosi, le condizioni, i sintomi ed altre circostanze attinenti il ricovero.

I **termini principali** descrivono una malattia, un traumatismo, un problema o un sintomo, e rappresentano le voci di accesso alla classificazione.

I **modificatori** (sotto-voci) sono dei termini elencati al fine di fornire al codificatore delle informazioni aggiuntive. L'indice alfabetico li riporta, al di sotto del termine principale, in parentesi o rientrati.

Per identificare il codice appropriato, è necessario seguire le seguenti **fasi operative**:

1. Individuare tutti i **termini principali** che descrivono nella formulazione diagnostica le condizioni del paziente;
2. Utilizzare l'**indice alfabetico** per rintracciare ciascun termine principale individuato;
3. Individuare i **modificatori** del termine principale;
4. Analizzare attentamente le **sotto-voci** elencate al di sotto del termine principale;
5. Analizzare le **note** e/o i riferimenti;
6. Selezionare un **codice** tra quelli forniti dall'Indice alfabetico;
7. Verificare nell'**elenco sistematico** l'accuratezza di tale codice; utilizzare sempre i codici che descrivono la diagnosi al massimo livello di specificità possibile (ossia i codici a 5 caratteri, quando disponibili);
8. Analizzare tutti i codici appartenenti alla **intera categoria**, per essere sicuri che il codice selezionato rappresenti la scelta migliore;
9. Esaminare attentamente ogni **nota illustrativa**;
10. **Assegnare il codice** selezionato nell'elenco sistematico.

3. REGOLE GENERALI RELATIVE ALL'USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM

3.1 Utilizzo integrato dell'indice alfabetico e dell'elenco sistematico

E' necessario utilizzare sia l'indice alfabetico sia l'elenco sistematico al fine di individuare il codice corretto. L'utilizzo del solo indice alfabetico o del solo elenco sistematico può determinare errori nell'individuazione del codice ed insufficiente specificità nella selezione del codice.

3.2 Specificità della codifica

I codici relativi alle diagnosi ed alle procedure devono essere utilizzati **al livello di specificità più elevato possibile**; in particolare :

- assegnare un codice a 5 caratteri tutte le volte in cui ciò sia possibile;
- assegnare un codice a 4 caratteri solo se non vi sono codici a 5 caratteri nell'ambito della stessa categoria;
- assegnare un codice a 3 caratteri solo se non vi sono codici a 4 caratteri nell'ambito della stessa categoria.

3.3 Codici relativi ad altre condizioni e a condizioni non specificate

I codici identificati con le sigle NIA (non indicato altrove) e SAI (senza altre indicazioni) devono essere utilizzati solo quando la formulazione diagnostica e l'eventuale revisione della documentazione clinica non forniscono informazioni sufficienti per consentire l'utilizzo di un codice più specifico.

I codici individuati dalla sigla NIA devono essere utilizzati quando l'informazione disponibile individua una specifica condizione ma nella classificazione ICD non è disponibile un codice specifico per la condizione stessa.

I codici identificati dalla sigla SAI devono essere utilizzati quando l'informazione riportata nella SDO non consente l'utilizzo di un codice più specifico.

Quando la consultazione dell'indice alfabetico individua un codice identificato dalle sigle NIA e SAI, verificare nell'elenco sistematico la possibilità di utilizzare un codice più specifico.

3.4 Codici combinati

Un codice utilizzato per classificare simultaneamente due diagnosi oppure una diagnosi insieme ad una manifestazione secondaria associata oppure una diagnosi insieme ad una complicazione associata è definito "codice combinato". I codici combinati sono riportati come sotto-voci nell'indice alfabetico e come note di inclusione nell'elenco sistematico.

Si deve utilizzare il codice combinato quando esso identifica pienamente tutte le condizioni riportate o quando l'indice alfabetico lo richiede esplicitamente. Se il codice combinato descrive tutti gli elementi riportati nella formulazione diagnostica, non devono essere utilizzati ulteriori codici. Quando il codice combinato non è in grado di descrivere tutte le manifestazioni o complicazioni riportate nella formulazione diagnostica, può essere utilizzato insieme al codice combinato un codice aggiuntivo.

3.5 Codifica multipla

Quando una formulazione diagnostica non può essere rappresentata da un unico codice, è necessario ricorrere alla codifica multipla, ovvero alla utilizzazione di più di un codice per identificarne completamente tutti gli elementi.

Il ricorso alla codifica multipla è sollecitato dalle indicazioni "Utilizzare, eventualmente, un codice aggiuntivo", "codificare per primo", che possono essere riportate all'inizio di un capitolo o di un blocco ovvero di una particolare categoria.

La nota "codificare per prima la malattia di base" indica la necessità di riportare sia il codice relativo alla malattia primaria, che quello relativo alla manifestazione conseguente. Quest'ultimo non può essere utilizzato come diagnosi principale.

La nota "utilizzare un codice aggiuntivo per identificare manifestazioni quali ..." indica la necessità di utilizzare un ulteriore codice per identificare manifestazioni analoghe agli esempi riportati. Questi codici non possono essere utilizzati come diagnosi principale.

3.6 Postumi

Un postumo è un effetto causato da una malattia o da un traumatismo, che permane dopo che la fase acuta della malattia o del traumatismo è terminata. Non vi è un limite di tempo entro il quale il codice relativo al postumo può essere utilizzato. Il postumo può essere relativamente precoce come negli accidenti cerebrovascolari o può verificarsi dopo mesi o anni come nel caso dei traumatismi. Per codificare i postumi sono necessari due codici, uno relativo alla *condizione residua* o alla *natura* del postumo; l'altro relativo alla *causa* del postumo. Il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

3.7 Condizione "imminente"

Le condizioni descritte al momento della dimissione come "minaccia di" o "imminente" devono essere codificate secondo le seguenti istruzioni:

- individuare nell'indice alfabetico se la condizione primitiva ha una sottovoce relativa al termine "imminente" o "minaccia di"; verificare anche il termine principale "minaccia di";
- se sono riportate le sotto-voci "minaccia di" o "imminente", utilizzare il codice corrispondente;
- se non sono riportate delle sotto-voci specifiche, codificare la condizione come esistente.

4. SELEZIONE DELLA DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

La selezione della diagnosi principale deve essere effettuata sulla base delle circostanze che determinano e caratterizzano il ricovero ospedaliero.

4.1 Definizione di diagnosi principale

La diagnosi principale è la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e /o di indagini diagnostiche. Se nel corso dello stesso ricovero si evidenzia più di una condizione con caratteristiche analoghe, deve essere selezionata quale principale quella che è risultata essere responsabile dell'impiego maggiore di risorse.

Salvo che le note dell'elenco sistematico o dell'indice alfabetico indichino altrimenti, quando nel corso del ricovero non è stata formulata una diagnosi definitiva, possono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale i codici relativi a segni, sintomi e condizioni mal definite riportati nel capitolo 16 della Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification).

Quando il ricovero è finalizzato a trattare esclusivamente uno specifico segno o sintomo, quest'ultimo deve essere selezionato come diagnosi principale.

I codici contenuti in parentesi nell'indice alfabetico non devono essere utilizzati come diagnosi principale.

4.2 Codifica della diagnosi principale

La diagnosi principale di dimissione deve essere codificata secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previsti soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

4.3 Condizioni acute e croniche

Quando la stessa condizione è descritta sia come acuta (o subacuta) sia come cronica e nell'indice alfabetico sono riportati specifici codici per ciascuna di tali forme devono essere riportati entrambi codificando come diagnosi principale la forma acuta (o subacuta), se risponde ai criteri di selezione della diagnosi principale.

4.4 Osservazione e valutazione di condizioni sospette

I codici compresi fra V71.0 e V71.9 devono essere utilizzati per la codifica della diagnosi principale quando si sospetta una condizione anomala la quale, in assenza di segni o sintomi, richiede una specifica valutazione e al termine del ricovero risulta essere non confermata.

4.5 Trattamento non eseguito

La condizione che al termine del ricovero è risultata essere il motivo dello stesso deve essere selezionata come diagnosi principale anche quando il relativo trattamento non è stato praticato per circostanze impreviste. In tali casi, fra le diagnosi secondarie deve essere riportato il codice V64._ (Persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti). Quando un ricovero è stato programmato per eseguire un particolare trattamento e questo non viene eseguito per circostanze impreviste, va riportato come diagnosi principale il codice V64._ e come diagnosi secondaria la condizione che avrebbe determinato il trattamento.

4.6 Postumi

Se la diagnosi principale è rappresentata da un postumo il codice relativo alla **natura** del postumo deve essere riportato per primo; il codice relativo alla **causa** del postumo stesso deve essere riportato come diagnosi secondaria, salvo che le note dell'indice alfabetico indichino diversamente.

4.7 Ustioni multiple

Quando le ustioni sono identificate come diagnosi principale ed esse sono multiple, riportare per primo il codice che descrive l'ustione di maggiore gravità.

4.8 Traumi multipli

Quando traumi multipli sono identificati come diagnosi principale, riportare per primo il codice che descrive il trauma di maggiore gravità.

4.9 Neoplasie

Quando il ricovero è finalizzato a trattare una neoplasia maligna, quest'ultima deve essere selezionata come diagnosi principale salvo che il ricovero sia finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1): in tali casi la neoplasia maligna deve essere codificata come diagnosi secondaria e la diagnosi principale deve essere codificata con i codici V58.0 o V58.1.

Quando un paziente è ricoverato per eseguire prevalentemente la radioterapia o la chemioterapia e nel corso del ricovero si sviluppano delle complicazioni quali nausea e vomito non controllati o disidratazione, deve essere indicata quale diagnosi principale la radioterapia (V58.0) o la chemioterapia (V58.1).

Quando il ricovero comporta la rimozione chirurgica di una neoplasia maligna, primitiva o secondaria seguita da chemioterapia o radioterapia, deve essere selezionata quale diagnosi principale la neoplasia maligna.

Quando il ricovero è finalizzato a determinare la stadiazione della neoplasia, deve essere selezionata come diagnosi principale la neoplasia, anche se nel corso dello stesso ricovero sono eseguite la radioterapia o la chemioterapia.

Qualunque estensione per contiguità o a distanza deve essere codificata come neoplasia maligna secondaria della sede invasa; quando la neoplasia primitiva è stata asportata nel corso di un precedente ricovero, la forma secondaria deve essere indicata come diagnosi principale; la neoplasia pregressa deve essere segnalata utilizzando il codice V10._.

Quando un paziente è ricoverato a causa di una neoplasia primitiva metastatizzata e il trattamento è diretto soltanto alla sede secondaria, la neoplasia secondaria deve essere selezionata come diagnosi principale anche se la forma primitiva fosse ancora presente; se, invece, il ricovero è finalizzato prevalentemente ad eseguire la radioterapia o la chemioterapia della forma secondaria, la diagnosi principale deve essere codificata con V58.0 o V58.1.

4.10. Avvelenamenti e intossicazioni

Nel codificare l'avvelenamento o la reazione ad uso improprio di farmaci (esempio: errore nel dosaggio, nella via di somministrazione, nella selezione del farmaco), il codice relativo all'avvelenamento deve essere riportato per primo, seguito dal codice relativo alla manifestazione.

4.11 Complicazione di trattamenti chirurgici o di altri trattamenti medici

Quando il ricovero è finalizzato al trattamento di una complicazione di un trattamento chirurgico o di altro trattamento medico, ivi comprese le reazioni da farmaci correttamente utilizzati, il codice relativo alla complicazione deve essere selezionato come diagnosi principale. Se la complicazione è classificata con i codici compresi fra 996 e 999, può essere utilizzato un codice aggiuntivo per specificare la natura della complicazione.

4.12 Complicazioni della gravidanza

Quando una paziente è ricoverata a causa di una condizione che complica la gravidanza oppure consegue a quest'ultima, il codice relativo alla complicazione ostetrica deve essere selezionato come diagnosi principale. Può essere utilizzato un codice aggiuntivo per conferire maggiore specificità.

5. DIAGNOSI SECONDARIE

Le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza. Le diagnosi correlate ad un precedente ricovero che non hanno influenza sul ricovero attuale non devono essere segnalate. Quindi, per diagnosi secondaria deve intendersi qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico.

La corretta individuazione delle diagnosi secondarie compete al medico responsabile dell'assistenza del paziente nel corso del ricovero.

5.1 Codifica delle diagnosi secondarie

Le diagnosi secondarie devono essere codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM).

Il codice utilizzato deve essere a 5 caratteri, in tutti i casi per i quali la ICD-9-CM lo preveda; per i casi in cui siano previste soltanto 3 o 4 caratteri, riportarli allineati a sinistra.

Nel caso in cui nella cartella clinica siano riportate, oltre a quella principale, più di cinque forme morbose, che rispondano ai criteri qui riportati di identificazione delle diagnosi secondarie, devono essere selezionate e codificate quelle che a giudizio del medico che ha formulato la diagnosi possono aver esercitato il maggior peso in relazione alle necessità assistenziali ed alla complessità del trattamento ricevuto dal paziente.

Tra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero.

5.2 Condizioni pregresse

Le condizioni cliniche risolte e le diagnosi correlate a precedenti ricoveri che non abbiano influenza sul ricovero attuale non devono essere riportate e codificate. I codici anamnestici (V10-V19) possono essere utilizzati per codificare le diagnosi secondarie solo se l'anamnesi personale o familiare influenza il trattamento erogato nel corso del ricovero.

5.3 Condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che costituiscono una componente integrale della malattia principale non devono essere riportate e codificate come diagnosi secondarie.

5.4 Condizioni che non costituiscono una componente integrale della malattia principale

Le condizioni che non sono ordinariamente associate alla diagnosi principale, se presenti, devono essere riportate e codificate solo se influenzano il trattamento erogato nel corso del ricovero.

5.5 Risultati anomali

I risultati anomali di test di laboratorio e di altre procedure diagnostiche non devono essere riportate e codificate a meno che non abbiano una particolare rilevanza clinica.

6. SELEZIONE E CODIFICA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE

L'intervento chirurgico principale indica la procedura chirurgica effettuata nel corso del ricovero.

Per l'intervento chirurgico principale indicare:

- nei primi otto caratteri, la data nella quale è stato eseguito, da riportare secondo l'ordine: ggmmaaaa;
- nei successivi quattro caratteri: il codice corrispondente all'intervento chirurgico, secondo la Classificazione internazionale delle malattie modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification). Individuare il codice al livello di specificità più elevato consentito dalla classificazione utilizzando ove possibile tutti i quattro caratteri; nei casi in cui si usino meno di quattro caratteri, allineare i caratteri a sinistra.

Riportare gli altri interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso dello stesso ricovero, nonché le procedure diagnostiche e terapeutiche più importanti fra quelle cui è stato sottoposto il paziente.

Per ciascuna procedura indicare il codice corrispondente all'intervento chirurgico o alla procedura diagnostica o terapeutica, secondo la Classificazione internazionale delle malattie - modificazione clinica (versione italiana della versione 1997 della International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification: ICD-9-CM); riportare il codice più specifico utilizzando, in tutti i casi in cui è possibile, un codice a quattro caratteri; negli altri casi allineare i caratteri a sinistra.

Se nel corso dello stesso ricovero sono stati effettuati più interventi e/o procedure, devono essere utilizzati i seguenti criteri per la scelta della sequenza corretta:

1. in presenza di più interventi chirurgici, selezionare e codificare come principale quello maggiormente correlato alla diagnosi principale di dimissione e, comunque, quello che ha comportato il maggior peso assistenziale ed il maggior consumo di risorse (uso di sala operatoria, medico anestesista, équipe operatoria, ecc.);
2. nel caso in cui siano segnalati sia interventi chirurgici sia procedure, codificare sempre prima gli interventi chirurgici;
3. quando nella cartella clinica vengano indicati interventi e/o procedure in numero superiore ai sei previsti dalla struttura della S.D.O., la scelta delle priorità delle segnalazioni è lasciata al medico che compila la scheda di dimissione, tenendo comunque conto del seguente ordine decrescente di priorità:

- **interventi chirurgici a cielo aperto**
- **interventi per via endoscopica e/o laparoscopica**
- **le seguenti procedure che determinano l'attribuzione a specifici raggruppamenti diagnostici (DRG):**

- 87.53 colangiografia intraoperatoria
- 88.52 angiocardigrafia del cuore destro
- 88.53 angiocardigrafia del cuore sinistro
- 88.54 angiocardigrafia combinata del cuore destro e sinistro
- 88.55 arteriografia coronarica con catetere singolo
- 88.56 arteriografia coronarica con catetere doppio
- 88.57 altra e non specificata arteriografia coronarica
- 88.58 roentgenografia cardiaca con contrasto negativo
- 92.27 impianto o inserzione di elementi radioattivi

92.3 radiocirurgia stereotassica
94.61 riabilitazione da alcool
94.63 disintossicazione e riabilitazione da alcool
94.64 riabilitazione da farmaci
94.66 disintossicazione e riabilitazione da farmaci
94.67 riabilitazione combinata da alcool e farmaci
94.69 riabilitazione e disintossicazione combinata da alcool e farmaci
95.04 esame dell'occhio in anestesia
96.70 ventilazione meccanica continua, durata non specificata
96.71 ventilazione meccanica continua, durata meno di 96 ore consecutive
96.72 ventilazione meccanica continua, durata 96 ore consecutive o più
98.51 litotripsia extracorporea di rene, uretere e/o vescica

- **procedure interventistiche diagnostiche o terapeutiche** (es. asportazione di polipo in corso di colonscopia diagnostica)
- **procedure in senso stretto, con o senza biopsia, comprese nel primo settore** (codd. da 01.- a 86.-) (es. gastroscopia)
- **altre procedure diagnostiche o terapeutiche comprese nel secondo settore** (codd. da 87.- a 99.-), dando la priorità a quelle più invasive e/o più impegnative (TAC, NMR, litotripsia, radioterapia, ecc.).

**ISTRUZIONI CONCERNENTI LE MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI
RILEVATI ATTRAVERSO LE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA DALLE
REGIONI E DALLE PROVINCE AUTONOME AL MINISTERO DELLA SANITÀ**

ARCHIVI DA TRASMETTERE E TRACCIATI RECORD

Di seguito sono descritti gli archivi con cui i dati, rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera, devono essere trasmessi dalle regioni e dalle province autonome al Ministero della Sanità.

I dati da trasmettere al Ministero della Sanità devono essere contenuti nei seguenti archivi:

- Archivio denominato **SDOM03A**, relativo alle informazioni anagrafiche (prima sezione)
- Archivio denominato **SDOM03B**, relativo alle altre informazioni riguardanti il ricovero (seconda sezione).

I due archivi devono necessariamente essere completamente congruenti tra loro e riferirsi allo stesso insieme di schede di dimissione; tutte e sole le schede presenti nel primo archivio devono essere presenti nel secondo e viceversa.

Di seguito sono indicate le caratteristiche di ciascun archivio.

ARCHIVIO SDOM03A – INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Tale archivio è così composto:

- 1) un record contenente le informazioni di carattere generale; tale record deve essere necessariamente il primo dell'archivio;
- 2) i record relativi alle schede di dimissione; ogni record deve contenere le informazioni anagrafiche relative ad una singola SDO (prima sezione).

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione:	SEQUENZIALE
Lunghezza record:	FISSA – 100 BYTES

Di seguito è descritta la struttura dei due tipi record.

1) Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMAT O (1)	LUNGHEZZA	NOTA
1	Campo di controllo	001 - 001	AN	1	(2)
2	Codice regione	002 - 004	AN	3	(3)
3	Anno	005 - 008	N	4	(4)
4	Semestre	009 - 009	N	1	(5)
5	Numero SDO registrate sul supporto magnetico	010 - 016	N	7	(6)
6	Campo vuoto	017 - 100	AN	84	(7)

NOTE:

- (1) FORMATO: AN = alfanumerico
N = numerico.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "zero".

- (2) Il campo deve essere impostato con il valore "*".
- (3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia il supporto magnetico.
- (4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono le schede inviate (anno di dimissione).
- (5) Il campo deve essere impostato con il valore "1" o "2" per indicare il semestre a cui si riferiscono le schede inviate.
- (6) Il numero dei record inviati deve essere uguale al numero di SDO registrate nei successivi record.
- (7) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

2) Tracciato dei record successivi al primo, contenenti le informazioni anagrafiche (prima sezione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMAT O (1)	LUNGHEZZ A	NOTA
1	Codice istituto	001 – 008	AN	8	(2)
2	Numero della scheda	009 – 016	AN	8	
3	Sesso	017 – 017	AN	1	
4	Data di nascita	018 – 025	data	8	
5	Comune di nascita	026 – 031	AN	6	
6	Stato civile	032 – 032	AN	1	
7	Luogo di residenza	033 – 038	AN	6	
8	Cittadinanza	039 – 041	AN	3	
9	Codice sanitario individuale	042 – 057	AN	16	
10	Regione di residenza	058 – 060	AN	3	
11	U.S.L. di residenza	061 – 063	AN	3	
12	Campo vuoto	064 – 100	AN	37	

NOTE :

(1) FORMATO:

AN = alfanumerico

N = numerico

Data = GGMMAAAA, in cui GG= giorno, MM= mese, AAAA= anno.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "zero".

I campi data, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

- (2) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, nell'ambito di ciascun istituto, su base annua, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno); il campo è costituito dalle prime 2 cifre relative all'anno e dalle rimanenti 6 relative al progressivo della scheda.

ARCHIVIO SDOM03B – ALTRE INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL RICOVERO

Tale archivio è così composto:

- 1) un record contenente informazioni di carattere generale; tale record deve essere necessariamente il primo dell'archivio;
- 2) i record relativi alle schede di dimissione; ogni record deve contenere le altre informazioni relative ad una singola SDO (seconda sezione).

L'archivio deve avere le seguenti caratteristiche:

Organizzazione:	SEQUENZIALE
Lunghezza record:	FISSA – 113 BYTES

Di seguito è descritta la struttura dei due tipi record.

1) Tracciato del primo record contenente le informazioni di carattere generale

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMAT O (1)	LUNGHEZZA	NOTA
1	Campo di controllo	001 – 001	AN	1	(2)
2	Codice regione	002 – 004	AN	3	(3)
3	Anno	005 – 008	N	4	(4)
4	Semestre	009 – 009	N	1	(5)
5	Numero SDO registrate sul supporto magnetico	010 – 016	N	7	(6)
6	Campo vuoto	017 – 113	AN	97	(7)

NOTE:

- (1) FORMATO: AN = alfanumerico
N = numerico.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati devono essere impostati con il valore "zero".

- (2) Il campo deve essere impostato con il valore "*".
- (3) Il codice deve essere quello della regione o provincia autonoma che invia il supporto magnetico.
- (4) Il campo deve essere impostato con l'anno a cui si riferiscono le schede inviate (anno di dimissione).
- (5) Il campo deve essere impostato con il valore "1" o "2" per indicare il semestre a cui si riferiscono le schede inviate.
- (6) Il numero dei record inviati deve essere uguale al numero di SDO registrate nei successivi record.
- (7) Il campo deve essere impostato con il valore "spazio".

2) Tracciato dei record successivi al primo, contenenti le altre informazioni riguardanti il ricovero (seconda sezione)

N.	NOME CAMPO	POSIZIONE	FORMAT O (1)	LUNGHEZZ A	NOTA
1	Codice istituto	001 – 008	AN	8	
2	Numero della scheda	009 – 016	AN	8	(2)
3	Regime di ricovero	017 – 017	AN	1	
4	Data di ricovero	018 – 025	data	8	
5	Onere della degenza	026 – 026	AN	1	
6	Provenienza del paziente	027 – 027	AN	1	
7	Tipo di ricovero	028 – 028	AN	1	
8	Traumatismi o intossicazioni	029 – 029	AN	1	
9	Unità operativa di dimissione	030 – 033	AN	4	
10	Data di dimissione o morte	034 – 041	data	8	
11	Modalità di dimissione	042 – 042	AN	1	
12	Riscontro autoptico	043 – 043	AN	1	
13	Motivo ricovero in regime diurno	044 – 044	AN	1	
14	Numero giornate di presenza in ricovero diurno	045 – 047	N	3	
15	Peso alla nascita	048 – 051	N	4	
16	Diagnosi principale di dimissione	052 – 056	AN	5	(3)
17	Diagnosi secondaria 1	057 – 061	AN	5	(3)
18	Diagnosi secondaria 2	062 – 066	AN	5	(3)
19	Diagnosi secondaria 3	067 – 071	AN	5	(3)
20	Diagnosi secondaria 4	072 – 076	AN	5	(3)
21	Diagnosi secondaria 5	077 – 081	AN	5	(3)
22	Data intervento chirurgico principale	082 – 089	data	8	
23	Intervento chirurgico principale o parto	090 – 093	AN	4	(3)
24	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 1	094 – 097	AN	4	(3)
25	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 2	098 – 101	AN	4	(3)
26	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 3	102 – 105	AN	4	(3)
27	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 4	106 – 109	AN	4	(3)
28	Altro intervento chirurgico o procedura diagnostica o terapeutica 5	110 – 113	AN	4	(3)

NOTE :

(2) FORMATO:

AN = alfanumerico

N = numerico

Data = GGMMAAAA, in cui GG= giorno, MM= mese, AAAA= anno.

I campi alfanumerici devono essere allineati a sinistra; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

I campi numerici devono essere allineati a destra; le cifre non significative devono essere impostate con il valore "zero"; se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "zero".

I campi data, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".

- (2) Per soddisfare il requisito di univocità, il numero della scheda deve essere definito, nell'ambito di ciascun istituto, su base annua, indipendentemente dal regime di ricovero (ordinario o diurno); il campo è costituito dalle prime 2 cifre relative all'anno e dalle rimanenti 6 relative al progressivo della scheda.
- (3) I codici ICD-9-CM devono essere allineati a sinistra e, nei casi in cui siano previsti meno di 5 caratteri (nel caso delle diagnosi) o di 4 caratteri (nel caso degli interventi o procedure), i rimanenti caratteri non significativi devono essere impostati con il valore "spazio". I campi contenenti i codici ICD-9-CM, se non utilizzati, devono essere impostati con il valore "spazio".